

## **BULLETIN D'ADHESION**

### **INSTRUCTIONS IMPORTANTES :**

Le dossier d'adhésion doit comporter les éléments suivants:

- Le bulletin d'adhésion, complété, daté et signé,
- Le mandat de prélèvement SEPA, complété, daté et signé
- Un RIB – IBAN.

La cotisation annuelle est établie chaque année au cours de l'Assemblée Générale.

**Elle est fixée à 15 € par adhérent, 30 € pour un couple**

**Choix :    adhérent seul                      couple**

Le dossier d'adhésion doit être adressé à:

Par-mail à: [amicaleanciens.ca65@gmail.com](mailto:amicaleanciens.ca65@gmail.com)

Ou par Courrier à :

**AMICALE DES ANCIENS DU CREDIT AGRICOLE DES HAUTES PYRENEES**  
**11 Boulevard du Président Kennedy 65000 TARBES**

Site Internet : <https://www.amicale-ca65.fr/>

## BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e)(s) (pour couples cocher les deux cases)      Mme                      Mr

Nom : ..... Prénoms(couple 2 prénoms) : .....

Date de Naissance Mme : ...../...../..... (ou/et) de Mr

Domicile : .....

.....

Code Postal: ..... Ville : .....

Tel Portable Mme: ..... Tel portable Mr : .....

E-mail : .....@.....

**Adresse-mail impérative pour être tenu informé de la vie et des activités de l'Amicale**

- J'autorise l'Amicale à diffuser mes coordonnées (Mail, Téléphones) pour ses adhérents sur le site de l'Amicale
- Je n'autorise pas l'Amicale à diffuser mes coordonnées pour ses adhérents sur le site de l'Amicale.

Je demande mon adhésion à l'Amicale des Anciens du Crédit Agricole des Hautes Pyrénées. J'autorise le débit de mon compte, du montant de la cotisation annuelle par la signature du Mandat de Prélèvement SEPA.

En adhérant à l'Amicale des Anciens du Crédit Agricole des Hautes Pyrénées, j'accepte que mes données personnelles ci-dessus, soient enregistrées et utilisées pour gérer mon adhésion, m'adresser la communication diffusée et me fournir les services et prestations proposés.

Conformément au Règlement Général de Protection des Données, l'Amicale des Retraités du Crédit Agricole des Hautes Pyrénées s'engage à préserver la confidentialité de mes données personnelles et à ne pas les divulguer à d'autres entités.

Je dispose également des droits à l'information, à la rectification et à la suppression de mes données personnelles en m'adressant à l'Amicale des Retraités du Crédit Agricole des Hautes Pyrénées responsable des traitements, par courrier électronique à [amicaleanciens.ca65@gmail.com](mailto:amicaleanciens.ca65@gmail.com) ou par courrier postal.

Fait à: ..... Le:

Signature

# Mandat de prélèvement SEPA Direct Debit - SDD

## IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Vous vous engagez avec l'entreprise suivante :

Nom **AMICALE DES ANCIENS DE CAMPG 65**

Adresse **11 BOULEVARD DU PRESIDENT KENNEDY**

Code Postal **65000** Ville **TARBES**

ICS **FR6ZZZ508435**

## REFERENCE DU MANDAT

Cette Référence Unique du Mandat est à conserver et à rappeler dans tous vos courriers.  
(Fournie par la Caisse Régionale en retour après signature du présent Mandat)

### Conditions générales d'utilisation de votre mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **L'AMICALE DES ANCIENS DE CAMPG 65** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **L'AMICALE DES ANCIENS DE CAMPG 65**. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez remplir tous les champs obligatoires \*.

## IDENTIFICATION DU CLIENT

En ce qui vous concerne, nous avons besoin des éléments suivants :

**Votre nom et Prénom** Nom\*

Prénom\*

**Votre adresse**

N° et Rue\*

Code Postal\*

Ville\*

**Vos coordonnées bancaires**

BIC\*

Le BIC est le Code International d'Identification de votre banque

IBAN\*

Votre IBAN est le numéro d'identification internationale de votre compte

Type de paiement Récurrent  Ponctuel

**Votre signature**

Date\*

Ville\*

Date de signature de votre mandat

Lieu de signature de votre mandat

Votre signature validant votre autorisation\*

**REFERENCE DU CONTRAT**

N° d'identification du contrat

Description du contrat

### Mention légale

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'accès, de portabilité, d'opposition, de rectification et d'effacement prévus par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.